

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1941-1942 — N° 41

Néphropathies gravidiques

(Poussées hypertensives
avec réapparition de l'albuminurie
plusieurs jours après l'accouchement)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Décembre 1941

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul REY-MUSY

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Moniteur d'Histologie

Né le 1^{er} Mai 1916, à VOIRON (Isère)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1941

NÉPHROPATHIES GRAVIDIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1941-1942 — N° 41

Néphropathies gravidiques

(Poussées hypertensives
avec réapparition de l'albuminurie
plusieurs jours après l'accouchement)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Décembre 1941

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul REY-MUSY

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Moniteur d'Histologie

Né le 1^{er} Mai 1916, à VOIRON (Isère)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1941

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN, PAVIOT,
NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET,
BERARD, COURMONT, GUIART, PIERY, VORON, CADE, THEVENOT Léon.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales	SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements	PATEL.
Clinique ophtalmologique	SANTY.
Clinique dermatologique et syphiligraphique	X...
Clinique neurologique et psychiatrique	BONNET.
Clinique médicale infantile	FAVRE.
Clinique gynécologique	LEPINE J.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique urologique	COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses	TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	DUFOURT.
Chimie biologique et médicale	CHALIER J.
Chimie organique et Toxicologie	PONTHUS.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	MANCEAU.
Histologie	GARIN.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique	HERMANN.
Anatomie pathologique	CORDIER.
Chirurgie opératoire	X...
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie	MARTIN J-F.
Médecine légale	SANTY.
Hygiène	ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie	MAZEL.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	ROCHAIX.
	LEULIER.
	GATE.

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Embryologie	M. NOEL.
---------------------------------------	----------

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	P. RAVAUULT	CLAVEL	FROMENT (R.).
CHAMBON	PIGEAUD	LEVRAT	MARTIN (P.-E.).
REVOL	CROIZAT	PANSILLON	MOUNIER-KUHN
ENSELME	DELORE	MALLET-GUY	BROUSSY
SEDALLIAN	JOSSERAND	ROMAN	PIFFAULT
CREYSSEL	MORIN	PEYCELON	
DE ROUGEMONT	BERTRAND	JOURDAN	

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VORON, *président* ; PIGEAUD, *assesseurs*.

BANSILLON et BROUSSY.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MA MERE, A MON PERE

Qu'ils trouvent ici l'expression de
notre respectueuse affection et de
notre profonde reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Professeur de Clinique Obstétricale

Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous avons été l'un des derniers
à profiter de son enseignement si
clair.

Il nous fait le très grand honneur
de présider notre thèse.

Nous le prions d'accepter nos
hommages respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIGEAUD

Il a bien voulu nous confier le sujet de cette thèse.

Il n'a cessé de nous guider de ses conseils et de nous encourager.

Nous tenons à lui adresser ici nos remerciements et l'expression de notre profonde gratitude.

A NOS JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR POLICARD

C'est une fierté pour nous de compter parmi ses élèves.

Nous lui gardons une profonde reconnaissance pour la bienveillante sollicitude qu'il nous a toujours témoignée.

Nous le prions de trouver ici l'hommage de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE MÉDECIN LIEUTENANT-COLONEL
HUGONOT

Direteur-Adjoint de l'Ecole du Service de Santé Militaire

A MES MAÎTRES
DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

A MES CHEFS
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MES CAMARADES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE
TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

NÉPHROPATHIES GRAVIDIQUES

INTRODUCTION

Par le terme de « néphropathies gravidiques », on désigne un syndrome caractérisé par l'association de divers symptômes, apparaissant chez une femme enceinte lors des trois derniers mois de la grossesse. Il est bien entendu que la gestante ne doit avoir présenté auparavant aucun signe d'inflammation des voies urinaires et aucune manifestation pathologique pouvant faire penser à un trouble dans le fonctionnement rénal.

Ainsi se trouvent éliminées toutes les pyélites, pyélo-néphrites, néphrites infectieuses et néphrites chroniques antérieures à la gestation.

Les symptômes essentiels des néphropathies gravidiques sont :

- L'albuminurie,
- Les œdèmes,
- L'hypertension.

De façon constante il n'y a pas d'hyperazotémie et, si cette dernière apparaît, il faut la rapporter soit à l'évolution d'une néphrite aiguë, soit, bien plus habituellement, à l'évolution d'une néphrite chronique.

C'est en se fondant sur ces divers symptômes que MM. Voron et Pigeaud, au congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française, en 1935, ont proposé une classification des néphropathies gravidiques d'un intérêt pronostique et d'un intérêt thérapeutique considérables.

Les auteurs distinguent en effet dans les néphropathies gravidiques :

1° des néphropathies albumineuses simples, d'un bon pronostic.

2° des néphropathies avec œdèmes, sans hypertension qui représentent la forme dans laquelle on observe le plus d'accidents convulsifs, mais dont le pronostic n'est pas extrêmement redoutable.

3° des néphropathies avec hypertension dont le pronostic est beaucoup plus sombre.

4° Il existe évidemment des formes mixtes que l'on peut classer en tenant compte soit de la dominante clinique, soit des symptômes les plus inquiétants.

Néanmoins, si l'étude clinique des néphropathies gravidiques a été faite, à maintes reprises, par de nombreux auteurs, on a l'impression que l'évolution ultérieure de tels syndromes, une fois l'accouchement réalisé, a été beaucoup moins étudiée.

En effet, d'une façon générale, on peut dire qu'après l'accouchement les divers symptômes des néphropathies gravidiques disparaissent très rapidement.

Il est cependant des cas où albuminurie et hypertension ne cèdent que plus tardivement.

Jacob, dans une thèse de Lyon (1938) : « Quarante

observations de néphropathies gravidiques » en arrive aux conclusions suivantes :

Dans les néphropathies gravidiques avec œdèmes, on observe dans 20 % des cas la mort de l'enfant.

Dans 20 % des cas, une néphrite chronique succède à la néphropathie gravidique avec œdèmes.

« Dans les néphropathies avec hypertension, on observe dans 35 % des cas des accidents de la série éclamptique. L'enfant meurt in utero ou rapidement après sa naissance dans plus de la moitié des cas.

Dans 25 % des cas environ, ces femmes sont menacées de voir se développer une néphrite chronique consécutive à la maladie gravidique ».

Il nous semble que le pourcentage fourni par Jacob est trop important ; en effet, les symptômes persistent parfois plusieurs mois après la grossesse, mais vont en général en s'atténuant, et si l'on a soin de suivre ces malades à très longue échéance, il semble que l'évolution vers un mal de Bright soit rare.

Les observations publiées probantes de néphrite chronique consécutives à une néphropathie gravidiques sont exceptionnelles. Dans la littérature lyonnaise, nous n'avons pu retrouver que les deux belles observations publiées par M. Pigeaud :

« Un cas de néphrite chronique d'origine gravidique », *Lyon Médical*, 1929.

« Néphrite chronique d'origine gravidique », *Lyon Médical*, 1938.

Il semble d'ailleurs que dans ces cas les séquelles des néphropathies gravidiques soient plus vasculaires que rénales.

Pour Stieglitz, la grossesse peut jouer un rôle comme facteur initial d'hypertension. Il rapporte que dans une série de cas d'hypertension constatée chez des femmes au-dessous de 45 ans, une histoire d'intoxication gravidique fut relevée dans 50 % des cas.

Thiessen Peter dit qu'une insuffisance rénale consécutive n'est jamais à craindre après une intoxication gravidique, mais que par contre on observe des lésions durables et même des formes malignes d'affections du système vasculaire après celle-ci.

Au contraire, Dickmann admet que la toxémie n'est probablement pas la cause d'hypertension persistante, car souvent on ne constate pas de troubles aux grossesses ultérieures.

Harry Meyer qui rapporte 23 cas d'hypertension persistante après la grossesse nie également le rôle déterminant de la gravidité dans l'étiologie des hypertensions permanentes et admet que tout se passe comme si le malmenage de l'organisme par la grossesse révélait une tare latente.

Il est certain que l'on trouve fréquemment chez les femmes jeunes présentant des lésions vasculo-rénales une grossesse troublée antérieure, mais on peut toujours se demander si chez ces femmes ce sont les grossesses antérieures troublées qui ont créé une lésion vasculaire, ou si, au contraire, les accidents qu'elles ont présentés n'ont pas été sous la dépendance d'une lésion déjà existante.

Il faudrait, pour résoudre ce problème, que soit instauré l'examen médical annuel obligatoire et une coopération plus étroite entre accoucheurs et médecins.

Peut-être peut-on entrevoir l'avenir éloigné de ces malades en suivant jour par jour l'évolution des néphropathies gravidiques au cours des suites de couches immédiates. C'est pourquoi il nous semble intéressant de rapporter maintenant deux observations détaillées des suites de couches immédiates de deux femmes atteintes de néphropathies gravidique chez lesquelles on voit apparaître après l'accouchement des poussées hypertensives, après une phase d'amélioration et même de guérison apparente.

Dans l'un de ces cas la néphropathie gravidique ne fut diagnostiquée qu'au cours de l'accouchement et la malade fut admise à la clinique dans un état comateux, après avoir présenté six crises d'éclampsie ; dans l'autre la néphropathie gravidique fut diagnostiquée avant l'accouchement.

Nous allons donc, dans notre travail, suivre le plan suivant : en premier lieu nous publierons les observations détaillées de ces deux cas ; nous essaierons ensuite de faire une analyse des faits observés et, de l'examen de ces faits, découleront les conclusions.

OBSERVATIONS

Nous avons particulièrement détaillé dans nos observations l'étude de la tension et de l'albumine que nous avons noté jour par jour dans les suites de couches. Nous avons cru bon d'y adjoindre un graphique pour montrer mieux la date et l'importance des poussées que nous avons constatées.

OBSERVATION N° 1

Primigeste sans antécédents particuliers ayant présenté à 7 mois une albuminurie modérée après avoir eu des examens d'urines négatifs. Accouchement normal. Dans les suites de couches : guérison rapide, puis poussée hypertensive du 5^e au 8^e jour avec réapparition de l'albuminurie, laquelle persiste encore au 15^e jour.

P..., 31 ans.

Il s'agit d'une malade particulièrement bien suivie puisque nous avons eu l'occasion de l'examiner bien avant son accouchement.

I. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.

1. *Antécédents héréditaires* :

- son père est décédé à la suite d'une congestion pulmonaire,
- sa mère est en bonne santé.

2. *Antécédents collatéraux* :

- son mari est en bonne santé.

3. *Antécédents personnels* :

- elle ne signale que les maladies banales de l'enfance : rougeole, angines à répétition,
- elle ne signale pas avoir eu la scarlatine,
- elle aurait eu la dysenterie amibienne,
- elle accuse parfois un peu d'œdème malléolaire qui cède au repos.

II. GROSSESSE ACTUELLE. Primigeste. DR : 13 janvier.

AP : 23 octobre 1941.

— Au début de septembre 1941, au 7^e mois de sa grossesse, elle se présente aux consultations de la grossesse et on note dans ses urines des traces d'albumine.

— Revue à la consultation du 1^{er} octobre 1941, *elle ne présente plus d'albumine.*

— Le 11 octobre à nouveau, on note la présence d'un disque d'albumine.

— Enfin cette primipare de 31 ans entre aux expectantes le 13 octobre 1941.

— *Examen à l'entrée le 13 octobre à 8 mois 1/2.*

Au point de vue obstétrical :

— Il s'agit d'une gestante au ventre étalé, dont l'utérus est dévié à droite. La hauteur du fond utérin est de 29 cm.

— Le fœtus est en O I D. Sa tête est amorcée. Les bruits du cœur sont perçus.

— Au toucher vaginal : bon début de segment inférieur. L'arc antérieur a une tendance au redressement avec un peu de projection des cavités cotyloïdes. Le sacrum est explorable sur son tiers inférieur. Le promontoire n'est pas atteint.

En résumé, ce bassin est suffisant pour un enfant de poids moyen.

Au point de vue médical :

— Examen des urines.

— Présence d'un disque d'albumine.

— Taux de l'albumine : 0 gr. 80.

— Cytologie des urines : Polynucléaires.

Pas de microbes.

Rares cellules épithéliales.

Pas de cylindres.

Trichomonas.

— TA = 11/8.

Accouchement :

Accouchement spontané à terme (28 octobre, à 19 heures).

Pendant le dégagement se produit une déchirure périnéale : on fait un point de suture musculo-cutané.

Naissance d'un enfant du sexe féminin de 2.970 gr. qui crie immédiatement.

Délivrance : au bout de 1 h. 30.

Placenta normal.

Suites de couches :

Le lendemain (29 octobre)

— Diurèse : 1900.

— L'examen des urines montre un disque d'albumine.

— T.A. = 135/80.

— On ne note pas d'œdème.

— La malade est soumise à un régime très large.

Le 3^e jour (31 octobre)

— Diurèse : 1900.

— L'albumine disparaît.

Le 5^e jour (2 novembre)

— Diurèse : 2000.

— L'albumine qui avait disparu depuis 2 jours reparaît à l'état de nuage.

— T.A. = 140/75.

Le 8^e jour (5 novembre)

— Diurèse : 3000.

— L'albumine réaugmente régulièrement et on trouve un gros disque.

— Taux de l'albumine : 0 gr. 90 ‰.

Mais du 5^e au 8^e jour, en même temps que l'albumine réapparaît et remonte à 0,90 ‰, la T.A. remonte progressivement :

— 5^e jour : T.A. = 140/75.

— 6^e jour : T.A. = 155/80.

— 7^e jour : T.A. = 170/95.

Le 9^e jour (6 novembre)

— Diurèse : 2400.

— Albuminurie : 0,90 %.

— Urée sanguine : 0,40 %.

— Examen du fond d'œil : R.A.S.

Le 15^e jour (11 novembre)

— Diurèse : 2002.

— Albuminurie : 0,50 %.

— T.A. = 150/80.

Le 22^e jour (18 novembre)

On note une certaine amélioration, mais la malade est toujours pâle, son albuminurie persiste (0,25 %). Sa diurèse est très abondante.

OBSERVATION N° 2

Multipare sans antécédents particuliers. Eclampsie du post-partum après un accouchement spontané à terme. Suites de couches à peu près normales. Amélioration rapide des signes de néphropathie gravidique. Cependant du 12^e jour au 15^e jour après l'accouchement : crise d'hypertension avec albuminurie. Nouvelle amélioration. Guérison apparente. A partir du 24^e jour, nouvelles poussées d'albuminurie et d'hypertension.

F..., 31 ans.

La malade entre à la clinique obstétricale de l'hôpital Edouard-Herriot, le 30 octobre 1941, à 4 heures du matin, dans un état comateux.

Son médecin l'envoie, car elle a accouché la veille d'un enfant vivant, mais elle a présenté depuis six crises d'éclampsie.

A son entrée, la malade présente une nouvelle crise convulsive : le traitement habituel en pareil cas est institué :

— Saignée de 500 cc.

— Lavage d'estomac.

— Morphine.

— Chloral : 8 gr.

Au cours de ce traitement : nouvelle crise convulsive. A nouveau lui sont administrés : morphine et 3 gr. de chloral. Une troisième crise se produit cependant.

— L'examen des urines montre un gros disque d'albumine.

— Le taux de l'urée sanguine : 0 gr. 39 %.

— La réserve alcaline : 57 %.

La crise d'éclampsie cesse. L'interrogatoire de la malade peut alors être pratiqué.

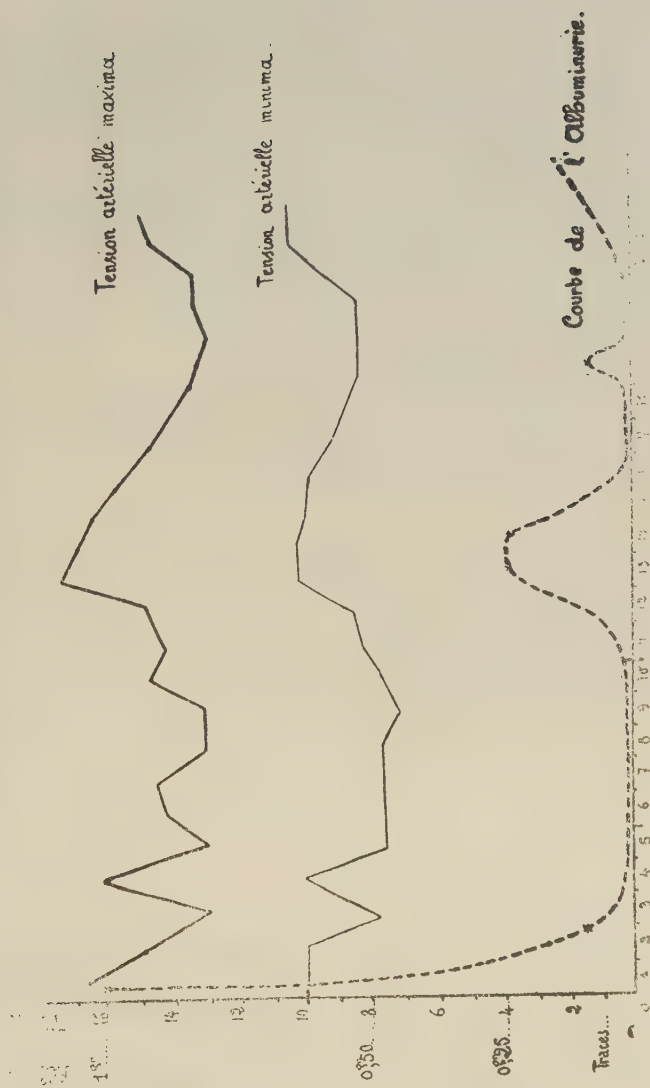
I. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

R. A. S.

II. ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX :

Il s'agit d'une multipare ayant eu trois accouchements normaux à terme.

Variations de la TENSION ARTÉRIELLE et de l'ALBUMINURIE. Obs. n° 2.



III. GROSSESSE ACTUELLE :

Aux dires de la malade, elle aurait été assez bien supportée. Mais elle a présenté des œdèmes malléolaires cédant facilement au repos. Elle n'a pris aucune précaution ni suivi aucun régime.

— Elle a accouché spontanément à terme d'un enfant du sexe masculin de 2.830 gr.

— Le placenta n'a pu être examiné.

IV. SUITES DE COUCHES :

Le jour de l'accouchement (1^{er} novembre)

— Gros disque d'albumine.

— T.A. = 160/10.

Le 1^{er} jour après l'accouchement (2 novembre)

— Traces d'albumine.

— T.A. = 130/75.

Le 2^e jour (3 novembre)

— Traces d'albumine.

— T.A. = 160/10.

Les 4^e, 5^e, 6^e, 7^e et 8^e jours

— T.A. = 130/65.

— Traces d'albumine.

Du 12^e au 15^e jour

— La T.A. remonte à 170/100 en même temps que l'albuminurie qui avait précédemment disparu remonte à 0,50 environ.

Du 17^e au 24^e jour : Nouvelle amélioration.

— L'albuminurie n'est plus qu'à l'état de traces.

— T.A. = 130/9.

Le 24^e jour : Nouvelle poussée.

— L'albuminurie réapparaît.

— La T.A. remonte à 150/100.

Parallèlement à ces variations tensionnelles, la malade, dont les suites de couches avaient été à peu près apyrétiques les premiers jours, présente à partir du neuvième jour une température de 39°4.

Les lochies sont extrêmement fétides.

Malgré un traitement à la thiozamide, la malade continue à être subfébrile.

Le palper abdominal ne donne rien de spécial.

Le toucher vaginal ne permet de déceler qu'un utérus encore gros et subinvolué. Il n'y a rien dans le cul-de-sac.

Il s'agit d'une petite endométrite avec température subfébrile.

— Le 19^e jour après l'accouchement, la température persiste, l'utérus est bien involué, son col est fermé. Il n'y a rien dans les culs-de-sac. La température est inexplicable.

— Le 20^e jour, pour agir sur cette température, on décide de donner 3 grammes d'antipyrine par jour pendant 3 jours.

— Le 24^e jour, l'antipyrine a modifié la courbe thermique et la température redescend à 37°4.

La malade sort de la clinique^e; elle y reviendra dans 10 jours. A sa sortie, la nouvelle poussée hypertensive est en voie d'évolution.

ANALYSES DES FAITS OBSERVES

Les faits que nous avons observés montrent le caractère essentiellement transitoire de certains phénomènes pathologiques constatés au cours de la puerpéralité et dont on peut se demander la pathogénie exacte.

Le système nerveux féminin subit lors de la grossesse de profondes modifications. Il est certain qu'il existe des réflexes neuro-végétatifs à point de départ utérin se traduisant par un déséquilibre vago-sympathique pouvant entraîner des troubles vaso-moteurs.

Ces réflexes neuro-végétatifs ont toujours fort impressionné les femmes qui, facilement, en font des signes de certitude de la grossesse : ce sont surtout les nausées, le ptyalisme, l'émotivité, les vomissements.

Dans une étude systématique des réactions neuro-végétatives qu'il fit sur des vomisseuses, Pigeaud a montré que sur 17 observations :

— Dans 8 cas il existait un syndrome d'hypersympathicotonie.

— Dans 3 cas il existait un syndrome d'hypovagotonie.

— Dans 6 cas, il existait un syndrome d'hyperexcitation du vague, plus hyperexcitation du sympathique.

Récemment, Fruhinsholz a fait remarquer que le déséquilibre des divers éléments du système neuro-végétatif amené par la gestation pouvait produire des spasmes vasculaires artérioso-veineux, spasmes limités à un segment de membre ou à un territoire splanchnique, ou encore généralisés. Après maintes expérimentations et maintes observations cliniques, Fruhinsholz conclut :

1. Le spasme vasculaire est un fait dans le domaine obstétrical.

2. Les manifestations spasmo-vasculaires de la grossesse surtout artérielles, peuvent intéresser un rameau artériel défini, ou bien un territoire vasculaire défini. Elles donnent lieu alors à des phénomènes de claudication artérielle intermittente qui s'observent soit dans un domaine banal de la périphérie, soit dans un domaine élu (ainsi la corticalité cérébrale, aphasie, hémianopsie, cécité, monoplégie).

3. Parfois ces manifestations spasmo-vasculaires sont systématisées. Elles sont alors soit généralisées à tout l'appareil vasculaire (hypertension gravidique), soit limitées à certains organes (rein), ou à certains territoires vasculaires fortement irrigués (circulation utéro-placentaire).

4. Ces manifestations apparaissent toujours dans les trois derniers mois de la grossesse. Il semble bien qu'il s'agisse là de manifestations de sympathicotomie liées à l'existence de l'intoxication gravidique.

5. Ces réactions vasculaires semblent ainsi unifier certaines manifestations gravidiques qui semblaient jusqu'alors sans rapport les unes avec les autres (troubles oculaires, troubles cérébraux, hypertension, éclampsie).

6. Chez certains sujets il semble bien que l'hérédité vasculaire alliée à un certain degré d'hérédité endocrinienne se manifeste pour la première fois à l'époque de la grossesse.

Mais toutes ces manifestations spasmo-vasculaires fort bien étudiées pendant la grossesse semblent bien devoir persister un certain temps dans les suites de couches, tant que dure l'état puerpéral. Elles augmentent certainement les modifications circulatoires rapides qui surviennent après l'arrêt de la circulation fœto-placentaire, au moment de l'Involution utérine.

En effet, de nos deux malades, l'une présentait une néphropathie gravidique malgré tout bénigne, l'autre, malgré plusieurs crises d'éclampsie post-partum, n'a jamais été en danger grave, et cependant toutes deux ont présenté des poussées tensionnelles qui ont atteint 3 à 4 centimètres de mercure, et qui portaient aussi bien sur la tension maxima que sur la tension minima.

On peut se demander si ces phénomènes plus accentués dans certains cas ne pourraient, chez les femmes à système circulatoire particulièrement instable, expliquer certains phénomènes pathologiques dans les suites de couches, en particulier certains cas de shock assez surprenants chez des malades qui n'ont pas saigné et qui ne présentaient apparemment

aucune tare organique. Il est très possible que, chez elles, l'élément vasculaire constitutionnellement défaillant, soit aggravé pendant la grossesse et complètement perturbé lors des suites de couches.

On peut rapprocher également ces faits de certains accidents survenant chez des cardiaques comme l'ont fait remarquer Commandeur et Puig. Ces accidents qui surviennent assez tardivement dans les suites de couches, en général au début du deuxième septennaire, seraient dus pour ces auteurs aux modifications circulatoires causées par l'involution utérine.

Il est un fait frappant dans les observations que nous avons rapportées : c'est le parallélisme qui existe entre la poussée hypertensive et l'apparition de l'albuminurie. MM. Pigeaud et Baridon avaient déjà insisté sur cela : « On peut se demander si l'albuminurie et les œdèmes, lorsqu'ils existent, ne sont pas secondaires aux modifications circulatoires ». Nos observations apportent, nous semble-t-il, un argument de plus en faveur de cette hypothèse.

Il serait intéressant de suivre ces malades à longue distance pour savoir si l'on peut tirer un élément pronostique pour l'évolution ultérieure, de ces manifestations à allure spasmodique et essentiellement transitoire.

Nos deux malades étaient des femmes sans antécédents chez lesquelles rien ne permettait de suspecter une atteinte rénale antérieure ou une altération vasculaire. C'est pourquoi nous nous promettons de les suivre pour voir si la grossesse n'a pas entraîné des phénomènes pathologiques persistants.

CONCLUSIONS

— Nous apportons deux observations de néphropathies gravidiques particulièrement bien suivies dans les suites de couches immédiates.

— Ces malades ont toutes deux fait, après une amélioration rapide des signes cliniques, une ou plusieurs poussées d'hypertension avec albuminurie légère, plusieurs jours après l'accouchement.

— Ces troubles soulèvent le problème des rapports entre hypertension et albuminurie et montrent la dépendance au moins clinique de la seconde vis-à-vis de la première.

— Ils traduisent la persistance après l'accouchement de l'instabilité vasculaire bien établie pendant la grossesse et sont certainement liés aux modifications circulatoires survenant dans le post-partum.

Ils montrent la nécessité de suivre pendant longtemps ces malades, même après une amélioration rapide et même après une guérison apparente.

Vu :

LE DOYEN :
JEAN LEPINE.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
VORON.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 6 Décembre 1941.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GAU.

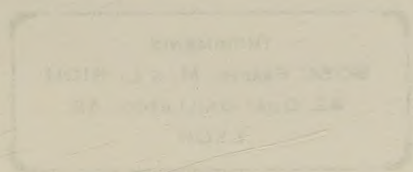
BIBLIOGRAPHIE

- BARIDON. — Contribution à l'étude de la tension artérielle dans les néphropathies gravidiques avec hypertension. *Thèse Lyon* 1938.
- BROCHIER. — Six observations d'albuminurie accompagnées de rétention chlorurée au cours de la grossesse. *Thèse Lyon*, 1931.
- CASSOUTE. — La débilité rénale, signe de probabilité d'hérédo-syphilis. *Presse Médicale*, 10 août 1929.
- DUMAS. — Maladie hypertensive et syndrome d'hypertension. 1 volume. Masson, édit., 1937.
- FELDSTEIN. — Des néphropathies d'origine nerveuse. *Thèse Paris*, 1936.
- FIUHINSHOLZ. — Les spasmes vasculaires en pathologie obstétricale. *Paris Médical*, 19 décembre 1936, p. 1.
- GIRARG. — Albuminuries fonctionnelles. Influence de la grossesse sur certaines albuminuries. *Presse Médicale*, 6 octobre 1926.
- GOVAERTZ. — Le fonctionnement du rein malade. 1 vol. Masson, 1936.
- JACOB. — Quarante observations de néphropathies gravidiques. (Essai de classification. Eléments de pronostic. *Thèse Lyon*, 1938.)
- JEANNIN. — Pronostic des albuminuries au cours de la gestation. Leçons du Jeudi soir de la Clinique Taurier, 1929.

- LEVY-SOLAH. — Pathogénie des œdèmes gravidiques. *Gynécologie et Obstétrique*, mars 1935, p. 194.
- METTON. — Six observations d'albuminurie avec hypertension au cours de la gestation. *Thèse Lyon*, 1934.
- MOLEYRE. — Dix observations d'albuminurie avec hypertension au cours de la grossesse. *Thèse Lyon*, 1931.
- PIGEAUD. — Apparition d'un syndrome pré-éclamptique chez une brigitique plusieurs jours après la mort du fœtus in utero. *Lyon Médical*, 1929, p. 397.
- Un cas de néphrite chronique d'origine gravidique. *Lyon Médical*, 1929, p. 397.
- Néphropathies gravidiques. Intérêt d'une classification. *Progrès Médical*, 24 juillet, 1937, p. 1121.
- PIGEAUD et THIERS. — Contribution à l'étude pathogénique de l'éclampsie. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, Tome XCVIII, p. 1348.
- PIGEAUD, MAGNIN et JACQUES. — Néphrite chronique d'origine gravidique. *Lyon Médical*, 31 juillet 1938.
- PIGEAUD et JACQUES. — Néphropathie gravidique hypertensive avec hémiparésie transitoire. *Lyon Médical*, 6 août 1938.
- VAQUEZ. — De la tension artérielle pendant la grossesse et les suites de couches. *Bull. de la Société d'Obstétrique*, 5 février 1906.
- Eclampsie puerpérale et tension artérielle. *Semaine Médicale*, 13 mars 1907.
- VORON et PIGEAUD. — Deux observations de néphrite hypertensive diagnostiquées au cours de la grossesse. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon*, 1930, p. 491.
- Albuminurie grave associée à un syndrome hydropigène. *Gyn. et Obot.*, avril 1933, p. 289.

- Communication au Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française. Alger, 1935.
- Les néphropathies gravidiques à type hypertensif. *Gyn. et Obst.*, novembre 1934, p. 401.

WILLIAM (J.), DICKMANN and IRA BROWN. — Hypertension and pregnancy. *American Journal of Obstetric and Gynecologic*, 1938.



IMPRIMERIE
BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU
42, QUAI GAILLETON, 42
LYON

